

питань та шляхом вирішення ситуаційних задач з демонстрацією віртуальних пацієнтів щодо тематики заняття. Однак, іноді використовувалися такі методи контролю, як індивідуальне завдання з подальшим надсиланням результату його вирішення на електронну адресу викладача. Доволі зручним та об'єктивним виявилось використання Google форми, яка є дієвим інструментом, за допомогою якого можна легко і швидко планувати заходи, складати опитування та анкети, а також збирати іншу інформацію. Форму можна підключити до електронної таблиці Google, і тоді відповіді респондентів будуть автоматично зберігатися в ній. Використання Google форми також дозволяє викладачу зекономити час на перевірку завдань та об'єктивізувати результати.

Висновки. Вивчення дисципліни «Дитячі інфекційні хвороби» студентами 6 курсу Буковинського державного медичного університету, в умовах пандемії, здійснювалося за допомогою сервісу відеоконференції Google Meet з використанням інформаційних інтерактивних технологій під керівництвом викладача в синхронному режимі. Дана форма навчання супроводжувалася неоднозначним ставленням всіх учасників навчального процесу, оскільки залежала від умов та особливостей навчання.

Іванова Л.А., Горбатюк І.Б. (Чернівці, Україна)

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ГОСТРОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ

З позицій доказової медицини, гострий тонзилофарингіт в імунно-компетентних дітей розглядається як самолімітуюче захворювання. Виходячи з цього, антибіотикотерапія застосовується виключно при інфекції, викликаній β -гемолітичним стрептококом групи А для зниження ризику розвитку гнійних та імунно-опосередкованих ускладнень.

Мета. Вивчити особливості оптимізації лікувальної тактики гострого тонзилофарингіту у дітей.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети в умовах відділення крапельних інфекцій Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 102 дитини з гострим тонзилофарингітом. Залежно від відсутності чи наявності в культуральному засіві з тонзиллярної поверхні β -гемолітичного

стрептококу групи А, дітей розподіляли на дві групи. Першу клінічну групу сформували 68 хворих із нестрептококовим тонзилофарингітом, а другу – 34 дитини з інфекцією, спричиненою β -гемолітичним стрептококом групи А. За основними клінічними характеристиками групи хворих були співставимі.

Результати дослідження. Оцінка хворих за клінічними орієнтовно-ймовірнісними системами (МакАйзек, Центор) показала, що на підставі клінічної картини захворювання практично неможливо вірогідно відрізнити нестрептококовий тонзилофарингіт від стрептококового. Все ж слабка вираженість симптомів захворювання з певним ступенем вірогідності дозволяє спростувати стрептококовий гострий тонзилофарингіт. Натомість субмаксимальна і максимальна їх виразність дозволяє з меншим ступенем вірогідності припустити інфекцію, викликану β -гемолітичним стрептококом групи А. Так, сума балів менше 3 за системою Центор свідчить про вірогідний ризик нестрептококового тонзилофарингіту зі специфічністю тесту 91% при відношенні правдоподібності позитивного результату 2,2 і підвищенні посттестової вірогідності на 9%.

Використання тестів швидкого виявлення бета-гемолітичного стрептококу групи А («Стрептатесту») в носоглотці, у хворих на стрептококовий гострий тонзилофарингіт у кожному другому випадку супроводжувалося хибнонегативними реакціями. Водночас специфічність тесту сягала 85,0 %. Посттестова вірогідність бета гемолітичної стрептококової інфекції при позитивному тесті зростала на 26,9 %. Наявність у хворого на гострий тонзилофарингіт позитивного результату з високою вірогідністю передбачає стрептококову природу захворювання, при цьому хибно-позитивні результати визначаються лише у 15,0 % хворих.

Висновки. При наявності у пацієнта нестрептококового гострого тонзилофарингіту, антибіотикотерапія не застосовується, проводиться тільки симптоматичне лікування.